

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Столбовой Елизаветы Владимировны

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В.

Рецензент
главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода»
поликлинический отдел № 8
Горбенко Ю.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТА.....	5
1.1. Этиология и патогенез панкреатита.....	5
1.2. Клинические проявления и диагностика панкреатита.....	8
1.3. Лечение и профилактика панкреатитов.....	15
1.4. Уход за пациентами	22
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА	24
2.1. Методика исследования	24
2.2. Результаты собственного исследования.....	24
2.3. Рекомендации для пациентов	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования заключается в том, что заболеваемость панкреатитом за последние годы возросла в два раз, превышая другие заболевания ЖКТ. Из общего числа пациентов, также повышается уровень заболеваемости среди детей.

В современном мире у большинства людей, есть по несколько факторов риска, которое способствуют развитию панкреатита. Человек не обращает внимание на сигналы, подаваемые организмом. В итоге и приводит его в стационар, где проводится долгое лечение и для сохранения стабильного состояния придерживаться множеств правил, которые из-за отклонения от них может привести к непоправимым последствиям.

Панкреатит является одним из распространенных заболеваний гастроэнтерологического отделения. По данным проведенного исследования панкреатит встречается больше у женщин, чем мужчин.

На сегодняшний день панкреатит встречается у людей в возрастной категории 40-49 лет. Повышается развитие панкреатита у детей. На 100 000 человек населения 9-12 случаев составляют дети. Среди взрослого населения от 27 до 50 случаев из 100 000 населения [1. с. 116]. С каждым годом уровень панкреатита среди населения увеличивается. Основной контингент современного панкреатита составляет молодой и активно работающий возраст.

По данным статистики, если возникает рост заболеваемости панкреатитом, то и повышает уровень летальности среди населения. В среднем летальных случаях 20-25% основной причиной, которого являются осложнения заболевания.

Цель исследования: заключается в анализе профилактических мероприятий и участия медицинской сестры в проведении профилактики.

Задачи исследования:

1. На основе изучения литературных источников выявить основные факторы риска развития панкреатита.
2. Изучить профилактические мероприятий по предупреждению возникновения панкреатита.
3. Проанализировать факторы риска способные вызвать панкреатит.
4. Проанализировать данные исследования о соблюдения назначенного лечения пациентам с различными формами панкреатита.
5. Анализ данных о необходимости проведения медицинской сестрой обучения диетического питания и помощи в отказе от вредных привычек.

Объект исследование: пациенты гастроэнтерологического отделения.

Предмет исследование: роль медицинской сестры в профилактике панкреатита.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический (анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости);
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Социологический: анкетирование, интервьюирование;
4. Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
5. Психодиагностический (беседа);
6. Эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
7. Статистический - обработка информационного материала.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТА

1.1. Этиология и патогенез панкреатита

Панкреатит – это заболевание связано с поражением поджелудочной железы, в которой происходит воспалительный процесс и разрушения ферментов. Панкреатит является одним из опасных заболеваний желудочно-кишечного тракта, так как может привести как осложнение панкреонекроз, что в последствие развивается полиорганная недостаточность и может привести к летальному исходу.

Этиология в переводе с греческого языка обозначается как причина. То есть, этиология — это медицинский раздел, в котором изучают причину возникновения определенного заболевания, а также факторы риска. В данном случае причину возникновения панкреатита.

К появлению панкреатита способствуют множество причин. Самая распространённая причина панкреатита – это частое и в большом количестве употребление алкогольных напитков.

Содержащийся в алкоголе этанол провоцирует к появлению нарушений микроциркуляции крови, вследствие чего поджелудочная железа не получает кислород и образуется кислородное голодание. Алкоголь вызывает повышение секреции панкреатического сока. При попадании алкоголя в организм происходит стимуляция функций ацинарных клеток, снижается образование бикарбонатов и увеличивается белок. Образуется воспалительный процесс в поджелудочной железе из-за застоя пищеварительного сока [8, с. 62].

Из-за невозможности железы выбрасывать пищеварительный фермент, то она начинает переваривать саму себя.

Так же к основной причине возникновения панкреатита является частое употребления жирной, острой и жареной пищи, особенно если постоянно этим

питаться. В современном обществе большинство людей предпочитают, вместо рационального и здорового питания, фастфуд и всевозможные газированные напитки. Возможно развитие панкреатита при хроническом недоедании. Такой панкреатит чаще наблюдается в странах Азии и Африки.

Находящиеся в газированных напитках пузырьки газа провоцируют раздражение оболочек поджелудочной железы, а также в них входят различные ароматизаторы, консерванты, огромное количество углеводов, красителей, которые нагружают поджелудочную железу.

Излюбленные продукты, как ребенка, так и взрослого — это шоколад и всевозможные сладости, без которых большинство людей не может вообразить жизнь, если в рационе его питания не будет чего-нибудь сладкого. На вид безобидной пищи скрывается опасность. Во всех сладостях находятся большое количество глюкозы, которая попадая в организм молниеносно всасывается в кровь и происходит выработка инсулина в огромной дозе. Из-за частого употребления сладкого поджелудочная железа перестает справляться со своими функциями вследствие чего, как осложнение может развиваться сахарный диабет.

Самый часто употребляемый напиток — это конечно же кофе. Без этого напитка не может начаться утро у большинства людей, особенно которые спешат на работу или засидятся допоздна и, по их мнению, кофе поможет им не заснуть и продолжить работу, также можно сказать и про студентов. Никто не задумывается о том, что происходит с поджелудочной железой, когда употребляют большое количество кофе, особенно если на голодный желудок. Находящийся в кофе вещества стимулируют аппетит, если пить кофе на голодный желудок, то вырабатываемые ферменты из поджелудочной железы начинают разрушать собственные стеки органа.

К повреждению поджелудочной железы относятся не только питание и вредные привычки, но также и медикаменты. Длительное употребление антибиотиков, в особенности тетрациклин, вызывают развитие токсических процессов, которые снижают активность поджелудочной железы. Развитию панкреатита кроме антибиотиков способствуют гормональные препараты:

эстрогены и эстрогенсодержащие контрацептивы; мочегонные препараты: фуросемид и тиазидовая группа; иммунодепрессанты: азатиоприн, L-аспарагиназа, 6-меркаптопурин; сульфасалазин, цитостатики и сульфаниамиды [10, с. 45]. К группе риска относятся лекарственные средства нестероидных противовоспалительных препаратов: салицилатов, индометацин; препараты, применяемые в фтизиатрии: рифампицин, изониазид; так же препараты кальция, антикоагулянты, нитрофуранового ряда, метронидазол, кортикостероиды и наркотические средства.

Возможно развитие панкреатита из-за нарушения работы других органов или способствующие заболевания, например, желчнокаменная болезнь. Из-за нарушения отток желчи возможно поступление желчи в поджелудочную железу. Желчные камни попадают с оттоком желчи в панкреатический проток, тем самым нарушая отток панкреатического сока. Впоследствии с желчью попадает содержимое двенадцатиперстной кишки, в котором находится фермент энтерокиназа, превращающий неактивный трипсиноген в активный трипсин. Тем самым запускается механизм аутолиза. Происходит нарушение нормального потока желчи и панкреатического сока.

Возникновение панкреатита может не только из-за желчнокаменной болезни, но и других заболеваниях желудочно-кишечного тракта, а также может возникнуть при эпидемическом паротите, особенно у детей, вирусном гепатите, проведение оперативного вмешательства на поджелудочной железе, при почечной недостаточности и при тяжелой форме сахарного диабета.

Часто развитием ХП является кошачья, или сибирская двуустка – глист, который паразитирует в протоках поджелудочной железы, желчевыводящих путях и желчном пузыре, способствует развитию обструктивного хронического панкреатита. Кроме глистных инвазий в настоящее время изучают вирусы в качестве возникновения панкреатита. Например, вирусы группы Коксаки В.

1.2. Клинические проявления и диагностика панкреатита

В клинике выделяют две формы развития панкреатита: острый и хронический панкреатит.

Каждую из форм панкреатита разделяют по тяжести, характеру, морфологическому признаку, стадиям, этиологическому фактору, формам осложнения.

При легкой форме панкреатита у пациента наблюдается не ярко выраженная боль, которая сопровождается тошнотой рвотой. Наблюдается интоксикация, вздутие. После приступа легкой формы панкреатита развивается небольшой отек поджелудочной железы, орган увеличивается в определенных частях органов (головка, тело, хвост). Поджелудочная железа после приступа восстанавливается как в анатомическом, так и в функциональном отношении при правильном и своевременном лечении. При легкой форме обязательное медицинское вмешательство. Из легкой формы панкреатит может перейти в тяжелую форму и в последствии поджелудочная железа не сможет полностью восстановиться.

Тяжелая форма панкреатита протекает с выраженным коллапсом и шоком. Температура при гнойном течении болезни повышается, иногда при коллапсе и отеке снижается. Изменяется цвет кожных покровов. Появляется цианоз, бледность и желтушность. Цианоз проявляется на боковые и передние поверхности брюшной полости, на лице и в области пупка [6, с. 34]. При проведении пальпации на коже появляются пятна, так называемый симптом красноватых капелек. Появляется сильная резкая боль, вздутие на брюшной полости проявляются кожная чувствительность. Больной находится в заторможенном или в возбужденном состоянии, возможен парез перистальтики кишечника. После приступа, даже, при правильном и своевременном лечении поджелудочная железа полностью не восстановиться. Тяжелая форма

панкреатита способствует возникновению панкреонекроза, который может привести к летальному исходу без своевременного лечения.

Отечный панкреатит развивается из-за спазма железы при нарушении оттока пищеварительных ферментов. Длительное сдавление приводит к проникновению ферментов органа в глубину тканей приводя к разрушению железы. У больного наблюдается сильный или умеренный болевой синдром, возникающий в левом подреберье, наблюдается опоясывающая боль и тяжесть в животе. Из-за боли пациент принимает вынужденное положение лежа на боку. Возникают симптомы интоксикации, которые сопровождаются тошнотой и рвотой, головной болью, слабостью и повышенной утомляемостью, нарушением стула. Боль появляется после выпитого алкоголя и съеденной жареной и жирной пищи. Осложнениями отечной формы панкреатита является абсцесса железы, появление кровотечения, кист, воспаления клетчатки вокруг органа, свищей, желтушности.

Клиническая картина гнойного панкреатита может быть латентной от нескольких дней, до нескольких недель. Первый признак появления гнойного панкреатита является – панкреатическая колика, возникающая в верхней половине брюшной полости острыми опоясывающимися болями. Боль иррадиирует в лопатки, за грудины, спину. Часто вместе с болью появляется рвота, которая не приносит облегчения. Из-з сильных болей пациент принимает вынужденное положение лежа на боку с подтянутыми к груди коленями. Из-за нарушения функционирования поджелудочной железы развиваются диспепсические симптомы. При прогрессировании процесса возникает кишечная непроходимость, проявляющаяся вздутием живота. При пальпации развивается резкая болезненность на мете определения, возможно раздражение брюшины. На коже выступают цианотичные пятна на передней брюшной стенке, отмечают отек жировой клетчатки в области пояснице [5, с. 104]. Температура тела, на первых стадиях заболевания, субфебрильная. В результате расплавления тканей поджелудочной железы формируются свищи, которые приводят кровотечениям. После тяжелой интоксикации развивается

токсический миокардит, который приводит к тяжёлой недостаточности кровообращения. Происходит поражение легких сопровождающееся развитием респираторным детрес-синдромом и дыхательной недостаточности. Прогрессирует развитие полиорганной недостаточности приводящая к летальному исходу.

Геморрагический панкреатит один из наиболее опасных форм панкреатита. Клиническая картина развивается за несколько часов от начала заболевания. В первые часы развития заболевания у пациента наблюдается сильная боль опоясывающего характера иррадиирующая в область спины и поясницы, а также распространяется по всему животу. Пациент принимает вынужденное положение, лежа на боку с прижатыми ногами к животу, для облегчения состояния. Цвет кожи приобретает синий, желтый и серый оттенок. Развивается желудочно-кишечное кровотечение, язык обложен белым налетом, появляется сухость во рту. Происходят нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Появляется тахикардия и снижение артериального давления. ЧСС увеличивается при нарастании токсемии до 160-180 в минуту, повышается температура, диурез снижается до анурии. Возможно развитие кишечной непроходимости.

Геморрагический панкреатит разделяют на три периода. В первом периоде выраженное гемодинамическое нарушение и развитие панкреатогенного шока. В течении нескольких часов развивается токсемия с генерализованным нарушением микроциркуляции и центральной гемодинамики. Во втором периоде геморрагического панкреатита присоединяются поражения жизненно важных органов. Развивается дыхательная недостаточность, токсическое повреждение почек, печени, расстройство психики, характеризующая возбудимостью, беспокойством, неадекватным поведением. Третий период определяется развитием постнекротической дистрофии и гнойными осложнениями. Некроз способствует возникновению гангрены, гнойного перитонита, флегмоны

забрюшинной клетчатки, апостематозного панкреатита. Эти симптомы появляются спустя несколько дней от начала заболевания.

Паренхиматозный панкреатит в период ремиссии проявляется слабо, более выраженные симптомы протекают в период обострения. Боль носящая опоясывающий характер локализуемая в левом подреберье иррадиирующая в спину. Боль усиливается после приема острой, пряной и жирной пищи или употребления алкогольсодержащих напитков. Проявляются диспепсические расстройства: появление тошноты и рвоты. У пациента наблюдается расстройства стула, появление запора и диареи. В кале больного наблюдается непереваренные частички пищи, зловонный запах с жирным блеском. Это признак ферментативной недостаточности. Снижение аппетита приводит к потере веса пациента. Из-за уменьшения выработки пищеварительных ферментов многие жизненно важные вещества не усваиваются организмом. На кожных покровах развивается механическая желтуха, кожная гиперестезия (симптом Кача), гипотрофия подкожно-жировой клетчатки, высыпания геморрагического характера, усиливается потоотделение и слюноотделение. При отсутствии лечения у больного возникает риск развития сахарного диабета, а также появление злокачественных новообразований, гастритов, язв, хронического гепатита, желчнокаменной болезни, холецистит и др.

Выделяют 2 стадии панкреатита – обострение и ремиссия. Обострение панкреатита начинается при нарушении диеты, употребления алкоголя, обострение заболеваний, связанных с нарушениями работы пищеварительной системы. Обострение панкреатита выражается опоясывающими болями в левом подреберье. Часто наблюдаются болевые ощущения в области сердца. На фоне уменьшения выработки пищеварительных ферментов снижается масса тела, возникает горечь во рту, язык обложен белым налетом, потеря аппетита, тошнота. Осложнениями такого панкреатита являются образование кисты, абсцесса, сахарного диабета, механической желтухи, тромбоза селезеночной вены, кальцификацией селезеночной вены, рубцово-воспалительный стеноз. В

стадии ремиссии у больного периодически могут возникать симптомы заболевания либо длительное время болезнь не будет проявляться.

Для определения какой панкреатит, развивается у пациента, используются инструментальные и лабораторные исследования. Эти исследования помогают определить какой формы развивается панкреатит, как он протекает и определения есть ли осложнение или нет.

Перед проведением инструментальных и лабораторных исследований существует ряд диагностических признаков, с помощью которых можно установить диагноз.

1. Симптом Воскресенского – пульсация аорты в области эпигастрия не пальпируется.
2. Симптом Грея-Турнера – образование цианозных пятен на месте проекции панкреас на брюшной стенке.
3. Симптом Куллена – цианоз наблюдается в области пупка.
4. Симптом Керте – определение болезненности возле панкреаса.
5. Симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации угла, образованного позвоночником и ребрами.
6. Симптом Раздольского – определение болезненности при перкуссии над областью поджелудочной железы.
7. Симптом Щеткина-Блюмберга – сильна боль при раздражении брюшины погружением ладони вглубь брюшной стенки.

Для точности постановки диагноза используются инструментальные и лабораторные методы диагностики.

Один из самых распространенных методов исследования является определение активных ферментов амилазы в крови и моче. Для панкреатита характерно резкое повышение количества амилазы в крови и моче. Амилаза может повышаться при различных заболеваниях брюшной полости, однако при остром панкреатите фермент значительно превышает норму амилазы в крови. При панкреатите уровень амилазы повышается в 1-12 часов от начала заболевания, критической концентрации достигает спустя 20-30 часов, исчезает

на 2х-4х сутках. Также амилаза находится в моче. При попадании фермента в кровеносное русло попадает в почки, после чего амилаза выделяется с мочой. Амилаз в моче может присутствовать на протяжении 3х-5ти суток, но проявляется в течении 4-7 часов от начала заболевания. Критическое содержание амилазы в крови определяется через 9-10,5 часов. В норме амилаза в крови составляет 10-120 ЕД/литр, панкреатическая амилаза – не более 53 ЕД/литр, в моче амилаза до 408 ЕД/сутки.

Кроме амилазы в крови увеличивается количество ферментов липазы. Определение этого фермента выявляет поражение конкретно поджелудочной железы. Для определения липазы при ХП пациенту внутривенно вводят стимулятор секреции поджелудочной железы (секретин). У людей с ХП наблюдается значительное превышение уровня ферментов в крови, у здоровых людей изменения уровня ферментов не превышает нормы. Определение липазы считается специфическим анализом, ведь вырабатывается этот фермент только поджелудочной железой и превышение нормы считается исключительно патологией данного органа. Так же в крови определяется уровень трипсина и его ингибиторов

С помощью иммуноферментного метода в крови определяют уровень эластазы в крови. Эластазу в крови определяют для выявления воспалительного процесса в поджелудочной железе, обнаружение фермента в кале служит признаком нарушения функции поджелудочной железы.

В крови при ОАК появляются показатели воспаления: повышается уровень лейкоцитов в крови и увеличивается СОЭ. Также при нарушении всасывания витаминов, питательных веществ могут наблюдаться признаки В12, железодефицитной и фолиевой анемии. При развитии геморрагического панкреатита в анализе крови выявляется снижение уровня гемоглобина и эритроцитов. Возможно повышение эозинофилов, если причиной развития панкреатита является сибирская двуустка.

Для подтверждения диагноза также используются инструментальные методы исследования.

Самым простым и легким исследованием является ультразвуковое исследование. УЗИ помогает визуализировать поджелудочную железу определяя состояние ткани, протоков, размера и присутствие жидкости в брюшной полости [7, с. 159]. С помощью УЗИ определяется отечность ткани органа, наличие или отсутствие асцита. На УЗИ можно рассмотреть неровность контуров и неоднородность структуры поджелудочной железы, обнаружение псевдокист и кальцификатов.

Компьютерная томография дает сходный результат с УЗИ, поэтому его используют при неточности УЗИ, а также при опухолевых образованиях, поскольку в КТ используют внутривенный контраст он дает обширное виденье органа.

Проводится метод, дуоденального зондирования двойным зондом с введением стимулятора секреции поджелудочной железы (секретин, панкреозими) и последующим изучением дебита (количества и концентрации) ферментов и бикарбонатов в панкреатическом соке [1, с. 48]. Это метод используется для раннего выявления нарушений экзокринной функции.

Используется метод копрограммы (микроскопическое исследование кала). Изменение копрограммы возникает позже чем функциональное нарушение железы. Копрограмма позволяет различит панкреатическую стеаторею от кишечной: при кишечной стетории в кале наблюдается жирные кислоты и их соли.

В современных методах исследования используют нагрузочные тесты. Один из основных методов является бентираминовый тест – применяется 0,5г бентирамина (трипептидная парааминобензойной кислоты), затем моча собирается на протяжении 6 ч. Отклонение считается выделение с мочой менее 50% бентирамина, это вещество всасывается в нормальной секреции панкреатических ферментов. Следующий нагрузочный тест – это Лунд-тест. В состав этой нагрузки входят пищевые смеси, такие как 15 г оливкового масла, 15 мл фруктового сиропа и 300 мл дистиллированной воды. Результат Лунд-теста

сопоставляются с данными, получаемые с помощью секретинового нагрузочного теста.

Применяются рентгенологические исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, органы грудной клетки. Исследование грудной клетки проводится для определения высоты расположения левого купола диафрагмы, левосторонний выпот в плевральную полость. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ позволяет распознать нарушения двенадцатиперстной кишки и желудка и степень поражения. При ХП рентгеноскопию проводят с применением бариевой взвеси. Характерны следующие изменения при ХП: вдавливание по внутреннему контуру кишки и увеличенной головкой железы происходит неравномерное сдавливание кишки; складки кишки по ее внутреннему контуру втянуты за счет соединительнотканного сращения головки поджелудочной железы со стенкой кишки в результате рецидивирующего воспалительного процесса; происходит расширение петли двенадцатиперстной кишки.

Лапароскопия используется в редких и тяжелых случаях. Поджелудочная железа расположена за брюшиной, из-за этого ее трудно рассмотреть, но при развитии острого панкреатита на брюшине появляются жировые бляшки некроза. Определяется особенности экссудата, отличающиеся при геморрагическом панкреонекрозе и при присоединении гнойного воспаления. Также лапароскопия позволяет определить состояние других органов брюшной полости.

1.3. Лечение и профилактика панкреатитов

При возникновении острого панкреатита больного госпитализируют в стационар, где проводят тщательное обследование и пристальное наблюдение. Если больного госпитализировали в тяжелом состоянии, то проводится хирургическое лечение.

После возникновения первых симптомов больному необходимо провести первую медицинскую помощь. Для начала больной должен находиться в полном покое и для удобства может принять вынужденное положение, прижатие колен к грудной клетке. На эпигастральную область прикладывается пузырь со льдом, холод позволяет снизить интенсивность болей, не позволяет отеку и воспалению распространиться. Больному запрещается есть – это позволяет прекращению выработки ферментов, усиливающих воспалительную реакцию и боли. До приезда бригады скорой помощи больной может принять препараты, как но-шпа, спазмалгон, эти два препарата можно найти в аптечке любого человека. Если симптомы не сильно выражены, нет гарантий, что они не вернуться с удвоенной силой, поэтому необходимо вызвать врача.

Каждое лечение начинается с диеты. При ОП и обостренном ХП в первые дни заболевания больной должен соблюдать голодный режим на 2-3 дня. Разрешается обильное питье минеральной водой, отвар шиповника. После нескольких дней голодного режима пациенту назначается ЩД (щадящая диета или диета №5п по Певзнеру). В эту диету входит дробное питание до 8 раз в сутки. Еда должна быть отварная или на пару полужидкой консистенции. При ЩД исключают из рациона питания жареные блюда, продукты, содержащие высокий уровень животного жира (баранина, свинина, сало, сливки). Взамен исключенных мясных продуктов разрешается применение диетического мяса, то есть мясо кролика, курицы и т.д. Ограничивается употребление соли и продуктов с высоким содержанием соли. Ограничение соли положительно влияет не только на поджелудочную железу, но и на сердечно-сосудистую систему, а также работу почек. Исключаются все газированные напитки, кофе, какао, виноградный сок. Присутствие в рационе кондитерских изделий, шоколада и все во что входят быстроусвояемые углеводы. Эти продукты способствуют не только развитию панкреатита, но также и развитию сахарного диабета. Заменить их можно фруктовым желе, мусс из сахарозаменителя или с небольшим количеством сахара. Из молочных продуктов разрешены применение кефира, ряженки, нежирная сметана, некислый творог.

Хлебобулочные изделия разрешаются только вчерашний белый хлеб или сухари из белого хлеба. Запрещается свежий хлеб, ржаной, сдобная выпечка, выпечка из слоеного теста. Исключаются все консервированные продукты. Самым главным из всего перечисленного категорически запрещается применение всех алкогольсодержащих напитков. Содержащийся в алкоголе этанол может спровоцировать выработку ферментов, которые приведут к обострению панкреатита или вызвать осложнения приводящих к развитию панкреонекроза.

Кроме диеты назначают медикаментозную терапию. Главный симптом панкреатита – это интенсивные боли, поэтому для устранения боли или уменьшения применяют группу препаратов – спазмолитик. В эту группу препаратов входят: но-шпа, дротаверин, спазмалгон.

Соляная кислота желудочного сока инициатор синтеза и выделения панкреатических ферментов, после исключения пищи. Для подавления желудочной секреции применяют ингибитор протонной помпы. Протонная помпа – мембранный механизм, обеспечивающий выделение протона из секреторной клетки желудка и в его просвет [1, с. 29].

Омепразол-Рихтер является сильнодействующим препаратом ингибитора протонной помпы. Из «старых» препаратов хорошее действие имеет атропин и гастрोцепин, относящиеся к группе холинолитиков – препаратов, блокирующих рецепторы ацетилхолина.

Для изменения показателей кислотности применяются ферментные и антиферментные препараты. Ферментные препараты: уменьшают метеоризм, вздутие; участвуют в расщеплении белков, жиров и углеводов; стимулируют абсорбцию и усвояемость полезных элементов в продуктах питания. Ферментные препараты применяют вовремя или после приема пищи. В группу препаратов входят: панкреатин, мезим, дигестал, креон, панзинорм.

Применяются антиферментные препараты, которые способствуют уменьшению болевого синдрома, снижению интоксикации организма и угрозы летального исхода, блокирует развитие отека и некроза тканей. Препараты,

входящие в группу антиферментных средств: горокс, трасилол, ингитрил, контрикал, трасколан. Антиферментные средства вводятся внутримышечно или внутривенно на первых сутках после возникновения заболевания.

К ферментным препаратам назначаются антациды с целью увеличения эффективности терапевтического действия. Применяются препараты такие, как альмагель, фосфалюгельм, а также иные щелочные смеси.

У пациента часто возникает рвота с которой теряется большое количество ферментов. Для восстановления водно-солевого баланса применяют раствор натрия хлорида, регидрон. При частой тошноты и рвоты применяются противорвотные препараты: регал, церукал, мотилиум, бимарал, торекан, альбумин.

При остром панкреатите нарушается свертываемость крови и повышает внутрисосудистое свертывание крови. Для улучшения состояния применяют антикоагулянты (гепарин) и антиагреганты.

H₂-блокаторы относятся к категории препаратов регулирующую секреторную функцию. К группе препаратов относятся: ранитидин, циметидин, фамотидин.

Проводиться витаминотерапия. У больного панкреатитом, нарушается функция выделения панкреатической липазы и поэтом возникает дефицит жирорастворимых витаминов. Витамин А вводится в виде пищевых добавок. Витамин А предназначен для нормальной репарации эпителиальных тканей. При дефиците витамина А возникает атрофия эпителия из-за которого возникают инфекционные заболевания. Суточная потребность витамина А 1 мг (3300 ME).

При дефиците витамина D у взрослых развивается остеопороз, а у детей рахит. Суточная норма потребления витамина D - 2,5 мг (100 ME). В лечебных целях доза витамина D увеличивается в 2 раза. Витамин D участвует в минерализации костей, поэтому связан с обменом кальция. Поэтому применяют комплексные препараты содержащую соль кальция (карбонат кальция) и активированную форму витамина D – витамин D₃.

Витамин Е является сильным антиоксидантом. Возможен дефицит витамина, поэтому применяется по 100-300 мг в сутки.

При хроническом панкреатите у больного возникает дефицит витамина В₁₂. Дефицит витамина В₁₂ приводит к развитию анемии, нарушению периферической центральной нервной системы и атрофии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Из группы витаминов В также применяют витамины В₁, В₂, В₆. Витамины В₁ необходимы для химического процесса и стабилизации уровня белков, углеводов и жиров. Рибофлавин или витамин В₂ отвечает за окислительно-восстановительную реакцию. В₉ или фолиевая кислота нормализует уровень эритроцитов, гемоглобина.

Комплексные препараты дают наиболее сильный эффект действия – это витрум, дуовит, компливит, мультитабас, супрадин, антиоксикапс. Каждый витаминный комплекс назначается врачом, после изучения данных диагностики панкреатита.

Для нормализации микрофлоры кишечника применяются пребиотики и пробиотики. Препараты пребиотков создают благоприятное условия для роста и размножения полезной микрофлоры. Самые распространенные препараты из группы пребиотиков - это лизалак, лактусан, порталак, дюфалак.

Пробиотики содержат полезные микроорганизмы, бифидобактерии и лактобацилла, возмещающие в кишечнике недостаток определенной микрофлоры. В группу пробиотиков входят препараты такие, как энтерол, бифидумбактерин, лактобактерин, линекс, ацепол, бифиформ, пробифор, бифидумбактерин форте.

Вместе с медикаментозным лечением и диетотерапии применяется физиотерапевтические процедуры. Физиотерапевтические процедуры проводятся после уменьшения воспалительного процесса. При интенсивной боли назначают электрофорез с новокаином или даларгином, ультразвук, диадинамические токи. Для борьбы с воспалением проводятся лазерное или ультрафиолетовое облучение.

Широко используется наружное применение щелочных минеральных вод в виде ванн (углекислые, радоновые, хлоридные натриевые и др.), температура которых составляет 36-37 °С продолжительностью 10-12 мин.

При возникновении осложнений или сильных повреждений поджелудочной железы используется хирургическое лечение. Осложнения, приводящие к оперативному вмешательству – это сильное разлитое воспаление, гнойные проявления, нарастающая механическая желтуха и деструкция желчного пузыря и протоков. Хирургические вмешательства могут быть: экстренные и плановые.

Экстренные оперативные вмешательства производятся в случае с возникновением перитонита вызванные ферментами и острым панкреатитом.

Плановые оперативные вмешательства проводятся после острого воспаления поджелудочной железы и тщательного обследования.

Для того чтобы избежать возникновения панкреатита проводятся профилактические мероприятия.

Проводятся две профилактики: первичная и вторичная. Первичная профилактика направлена на улучшение образа и качества жизни человека, по возможности устранение всех факторов риска способствующих развитию панкреатита. Проводя профилактику человек любого возраста и пола может предотвратить развитие панкреатита и последующих осложнений. Дабы избежать непоправимого необходимо тщательно следить за своим здоровьем особенно за поджелудочной железой, ведь этот орган не любит, когда за ним никто не ухаживает.

Для начала необходимо отказаться или ограничить употребление алкогольсодержащих напитков. Питание должно быть сбалансированным, рациональным и дробным с ограничением острых, соленых и жирных мясных продуктов. Увеличь количество употребляемых овощей, фруктов и различных злаков. Ограничить употребление соли и сахара. Вместо сахара используется сахарозаменители.

Девушки очень часто используют диеты, в котором главный компонент является голод. Недоедание также является одним из факторов развития панкреатита. Поэтому нужно соблюдать рациональность и время питания.

Избегать стрессовых ситуаций, больше находиться на свежем воздухе, здоровый сон. Контролировать массу тела. Ограничить употребление продуктов содержащие канцерогенны, газированных напитков и концентрированных продуктов. Занятие физической активностью. Санация очагов хронических инфекции. Своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы: болезней желудка, желчевыводящей системы, кишечника. Своевременная коррекция нарушений желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей.

Вторичная профилактика проводится с целью предупреждения перехода из острого панкреатита в хронический, а также предупреждение возникновения обострений хронического панкреатита и развития осложнений. Вторичная профилактика является своеобразным барьером, который можно разрушить отклонением от диеты или пренебрежительное отношение к препаратам поддерживающую работу поджелудочной железы. Одно из самых важных правил профилактики соблюдение строгой диеты назначенной врачом. Полностью исключаются все алкогольсодержащие напитки, табачные изделия, жареные и жирные продукты. Ежедневно употреблять нужное количество щелочной минеральной (Ессентуки №4, №17, Нарзан) или простой воды. Двигательная активность должна быть регулярной и умеренной.

Проведение своевременного лечения и профилактика других тесно связанных органов пищеварительной системы. Также больных ХП и ОП ставят на диспансерный учет и 2 раза в год проходят обязательное профилактическое лечение. Медицинский работник осведомляет потенциального больного и человек у которого присутствует данное заболевание.

1.4. Уход за пациентами

Находясь в стационаре или дома больному необходим тщательный уход. Медицинская сестра обеспечивает четкое и своевременное врачебное назначение: следит за правильностью и своевременном принятии лекарственных препаратов, контроль соблюдения диеты, а также контроль АД, ЧДД, пульса, температуры, массы тела и стула.

Медицинская сестра проводит подготовки пациента к инструментальному и лабораторным исследованиям. При остром панкреатите и обострении пациент должен соблюдать строгий постельный режим. Сон должен быть продолжительный и здоровый, продолжительность, которого должна составлять не менее 8 часов на протяжении суток.

При поступлении пациента с острым панкреатитом назначается строгий постельный режим, пузырь со льдом на эпигастральную область и в течении 2-3 дней соблюдать режим голода. По назначению врача проводятся инъекционные манипуляции.

У пациента может возникнуть тошнота и рвота, поэтому ему необходим возле головы поставить судно для рвотных масс. По назначению врача необходимо обеспечить пациента противорвотными препаратами (церукал). Вовремя или после проведённые медицинской сестрой назначений врача, проводится беседа с пациентом о значении отказа от вредных привычек, правильном питании, двигательной активности, систематическом применении лекарственных препаратов.

При тяжелых состояниях осуществляется помощь в личной гигиене пациента. Проводится гигиеническая обработка рта, глаз, утренний туалет, уход за кожей. Помощь при передвижениях пациента. Проводится смена постельного и нательного белья при загрязнении или 1 раз в 7 дней.

Каждый день должна проветриваться палата. При возможности пациент должен больше находиться на свежем воздухе. Медицинская сестра должна оказывать психологическую поддержку пациенту.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА

2.1. Методика исследования

Исследования проводились на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа», изучались пациенты гастроэнтерологического отделения, мужчины и женщины в возрасте от 18 и старше 60 лет. Была разработана анкета из 24 вопросов.

2.2. Результаты собственного исследования

В анкетировании приняли участие пациенты гастроэнтерологического отделения мужчин - 46%, женщин - 54% (Рис. 1).

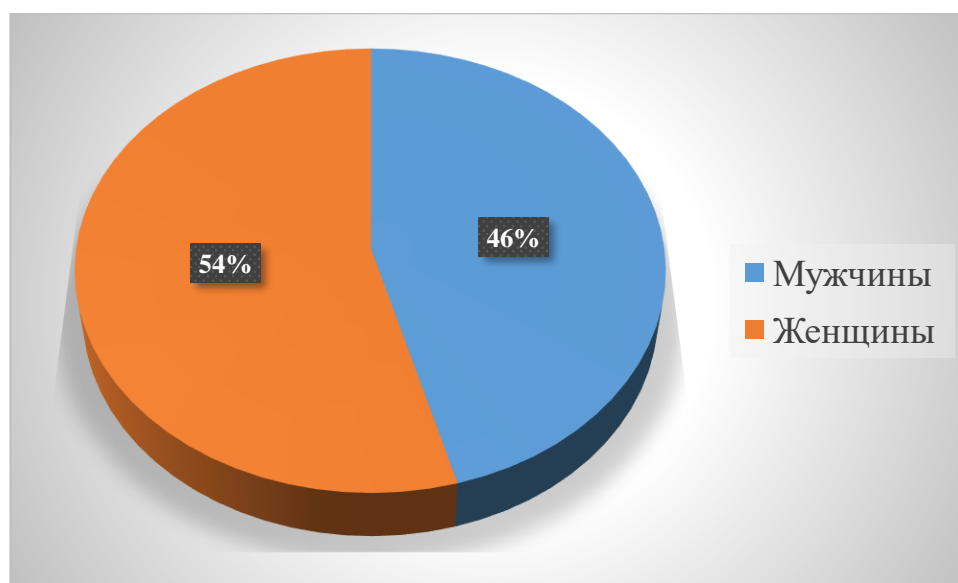


Рис. 1. Половая принадлежность

Таким образом, среди опрошиваемых 54% оказались женщины.

Возраст пациентов: от 18 – 29 лет – 11%, 30 – 39 лет - 14%, 40 – 49 лет – 29%, 50 – 59 лет – 26%, 60 и старше лет – 20% (Рис. 2).

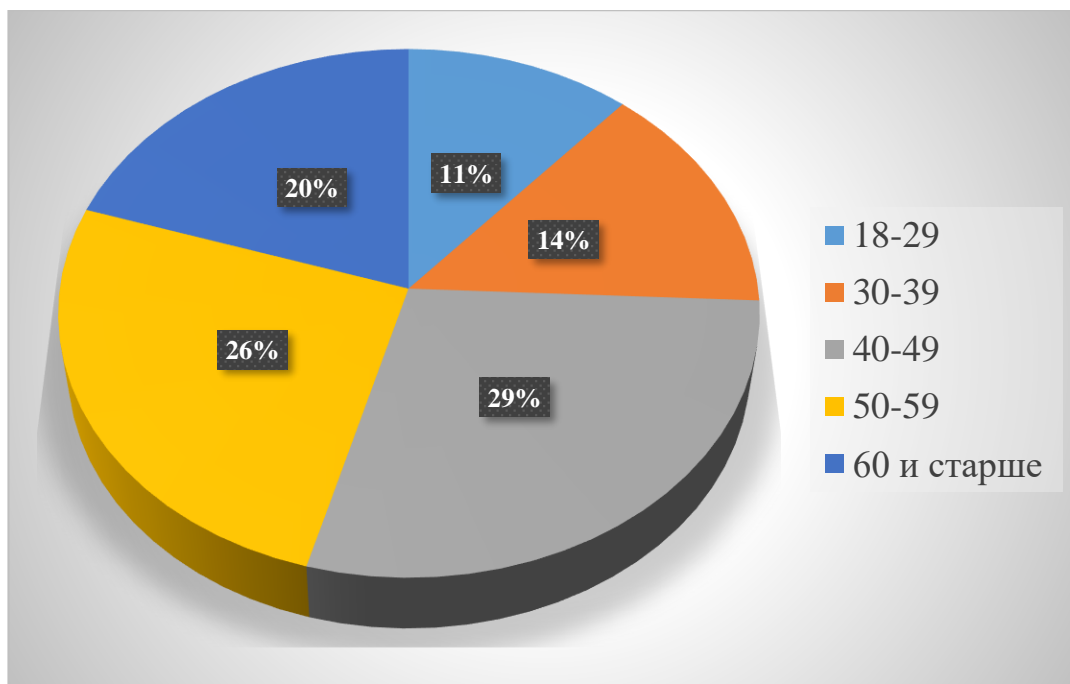


Рис. 2. Возраст пациентов

Таким образом, 29% опрошенных в возрастной категории от 40-49 лет.

Место жительства пациентов: город - 51%, сельская местность – 49% (Рис. 3).

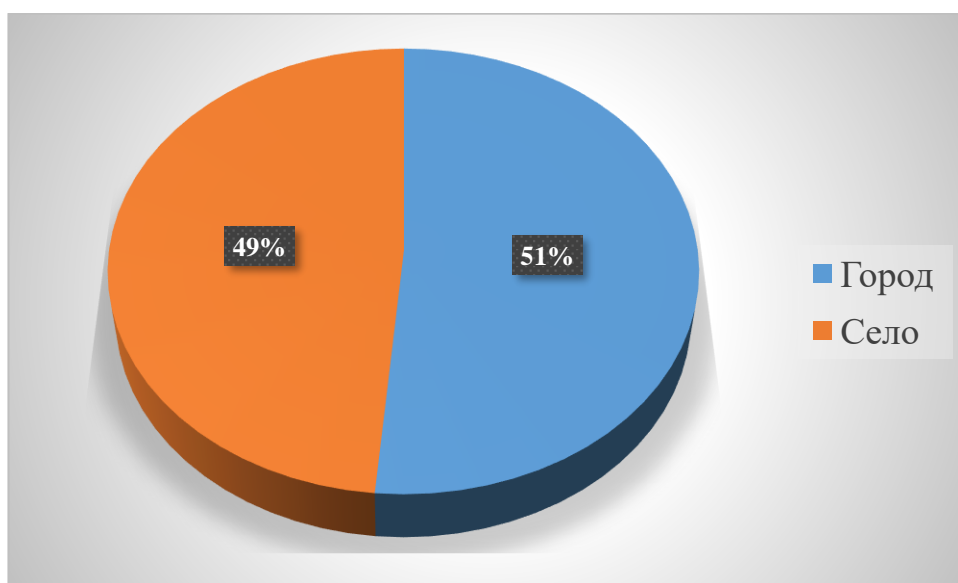


Рис. 3. Место жительства

Двигательная активность: повышенная – 34%, умеренная – 29%, пониженная – 37%, (Рис. 4).

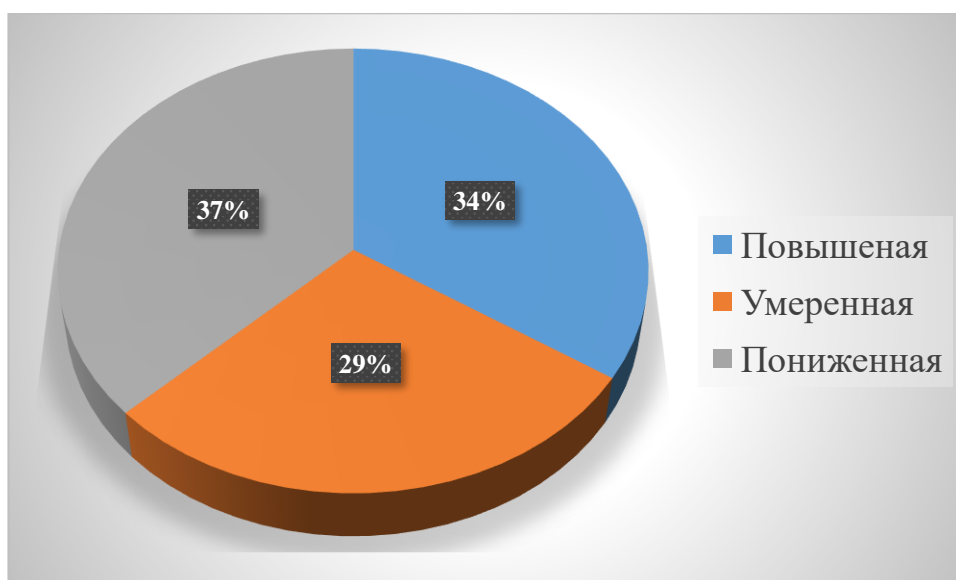


Рис. 4. Двигательная активность

Стрессовые ситуации: часто – 63%, редко – 37%, (Рис. 5).

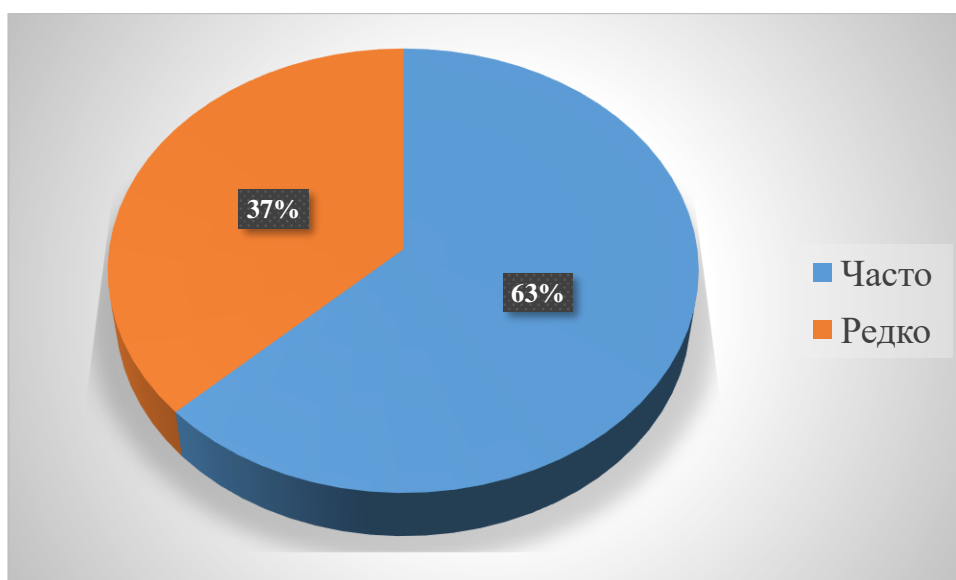


Рис. 5. Стрессовые ситуации

Наличие ожирения: да – 43%, нет – 57% (Рис. 6).



Рис. 6. Наличие ожирения

Информированность о данном заболевании: да – 69%, нет – 31%, (Рис. 7).

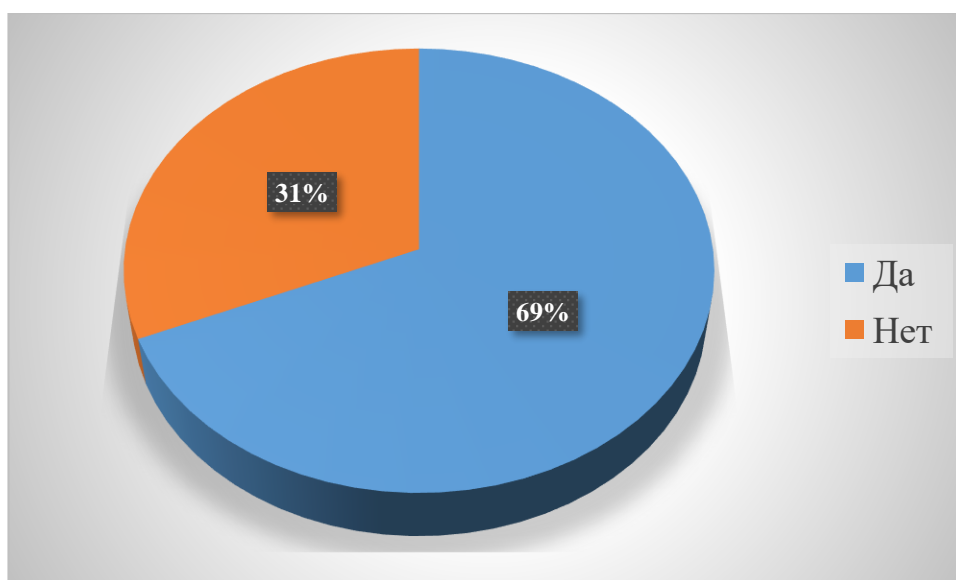


Рис. 7. Информированность о данном заболевании

Употребление алкоголя: часто – 49%, редко – 31%, не употребляю – 20% (Рис. 8).

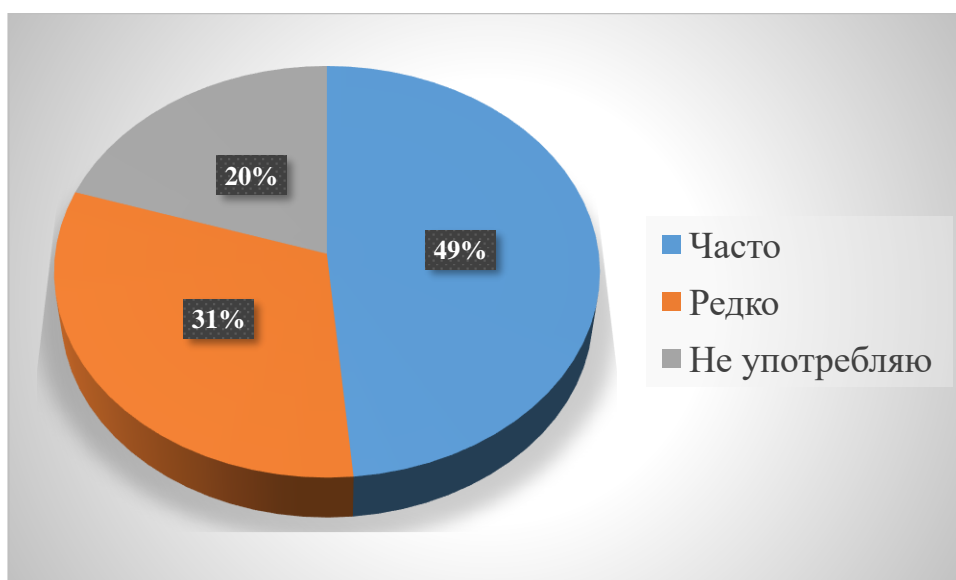


Рис. 8. Употребление алкоголя

Курение: часто – 37%, редко – 34%, не курю – 29% (Рис. 9)

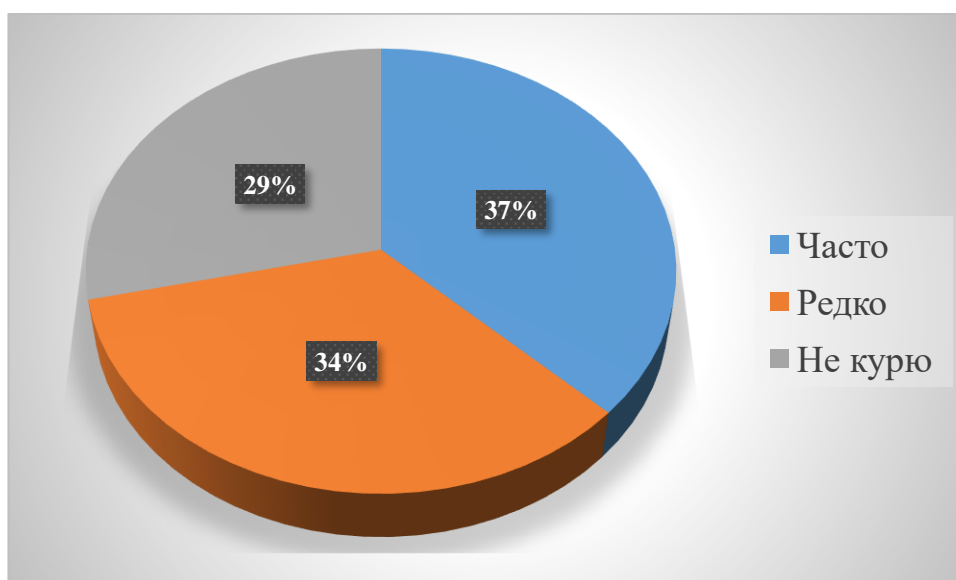


Рис. 9. Курение

В рационе преобладает: жирная – 18%, острая – 15%, растительная – 11%, мясная – 14%, отварная – 9%, жареная – 14%, копченая – 19% (Рис. 10).

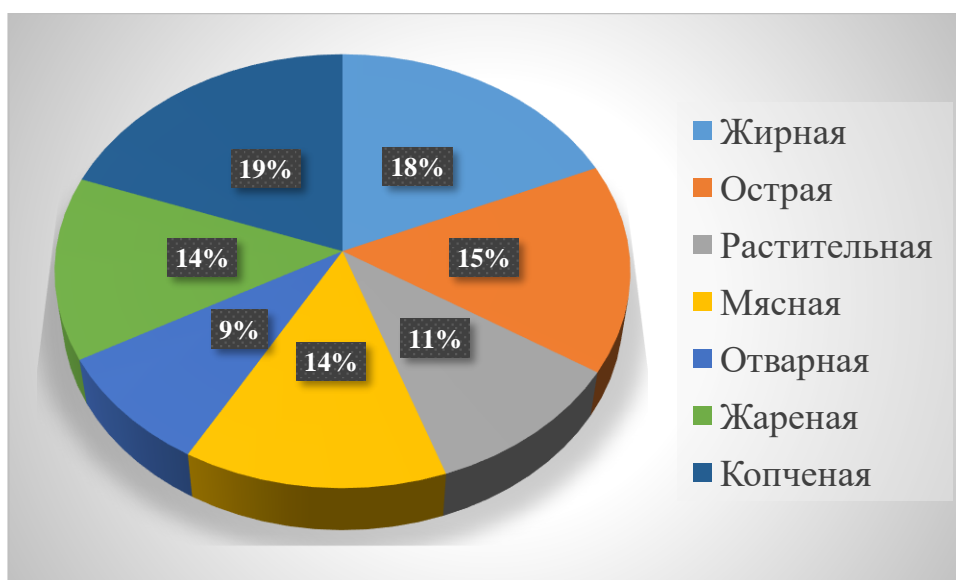


Рис. 10. В рационе преобладает

Регулярность приема пищи: да – 48%, нет – 23%, иногда – 29%, (Рис. 11).

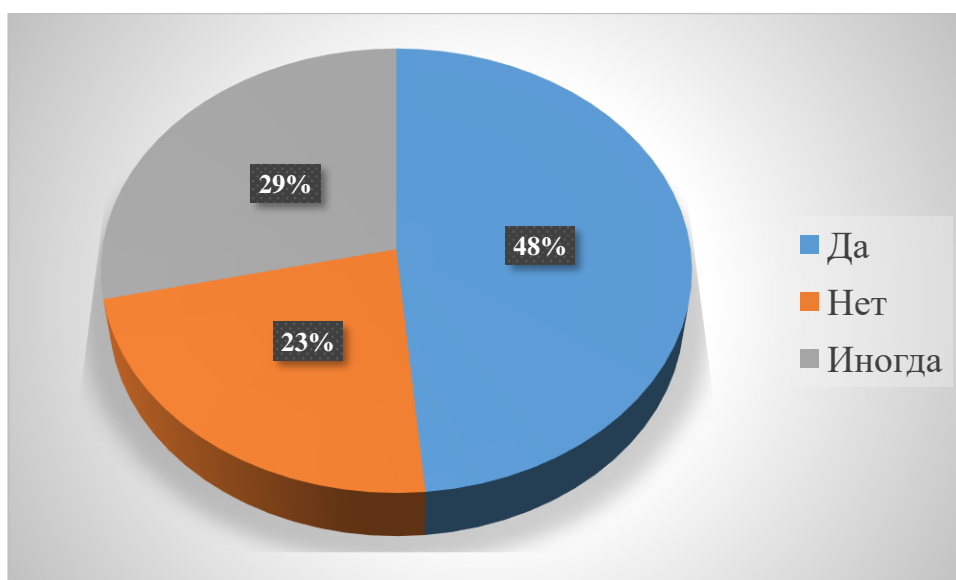


Рис. 11. Регулярность приема пищи

Выполнение назначенной диеты: да – 40%, нет – 26%, иногда – 34% (Рис. 12).

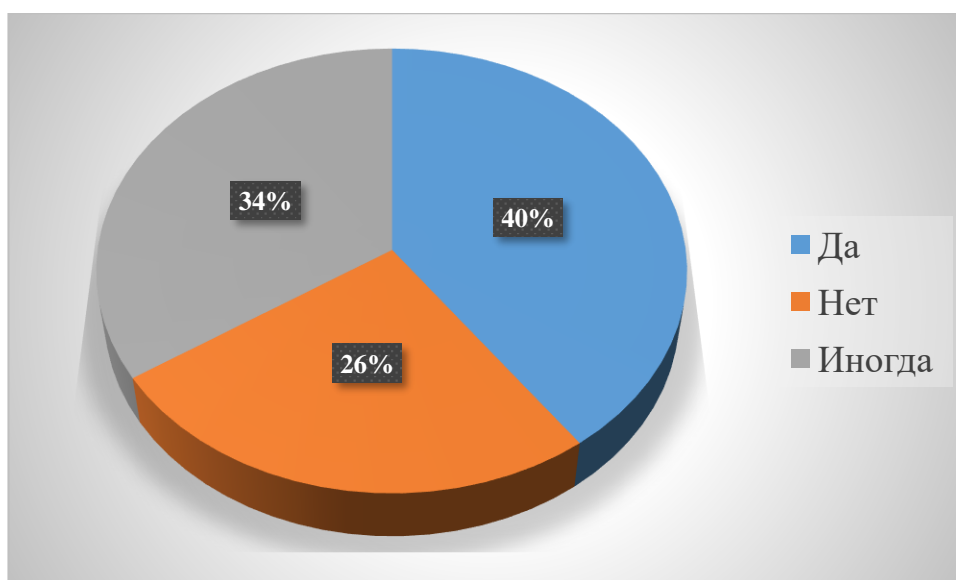


Рис. 12. Выполнение назначенной диеты

Применение лекарственных препаратов без назначения врача: да – 26%, нет – 28%, иногда – 46% (Рис. 13).

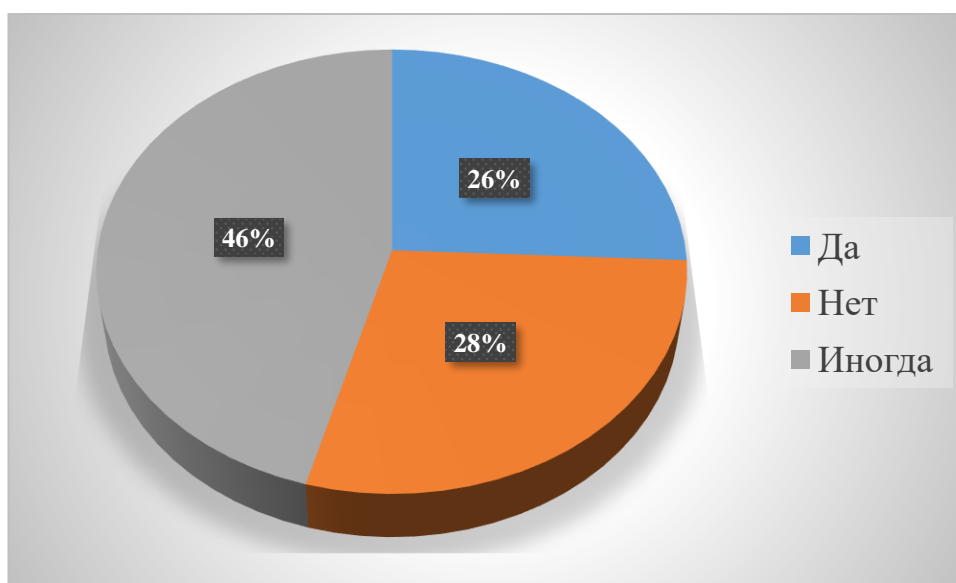


Рис. 13. Применение лекарственных препаратов без назначения врача

Состоит на диспансерном учете: да – 63%, нет – 37% (Рис. 14).

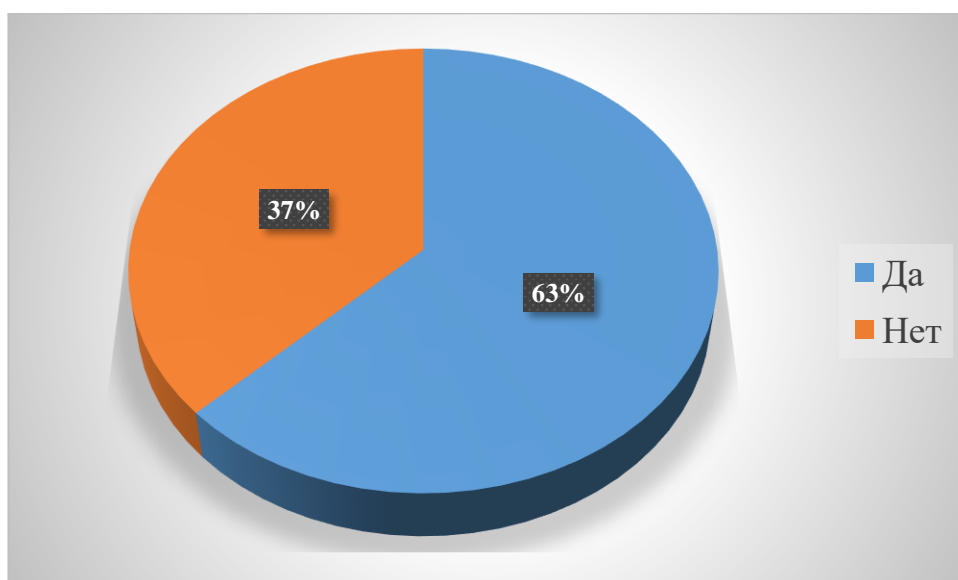


Рис. 14. Состоит на диспансерном учете

Выполнение назначенного лечения: да – 51%, нет – 23%, иногда – 26% (Рис. 15).

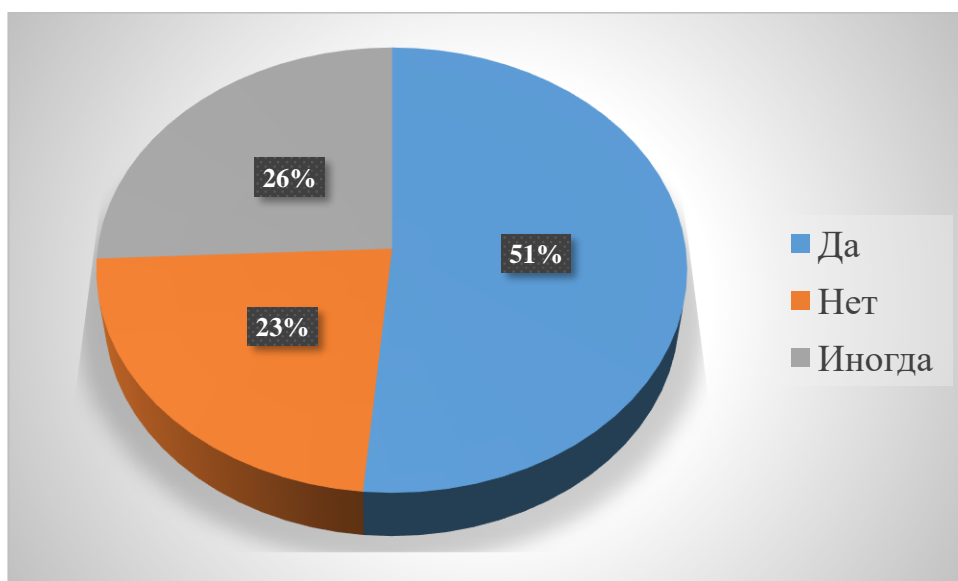


Рис. 15. Выполнение назначенного лечения

Применение фитотерапии: да – 23%, нет – 23%, иногда – 54% (Рис. 16).

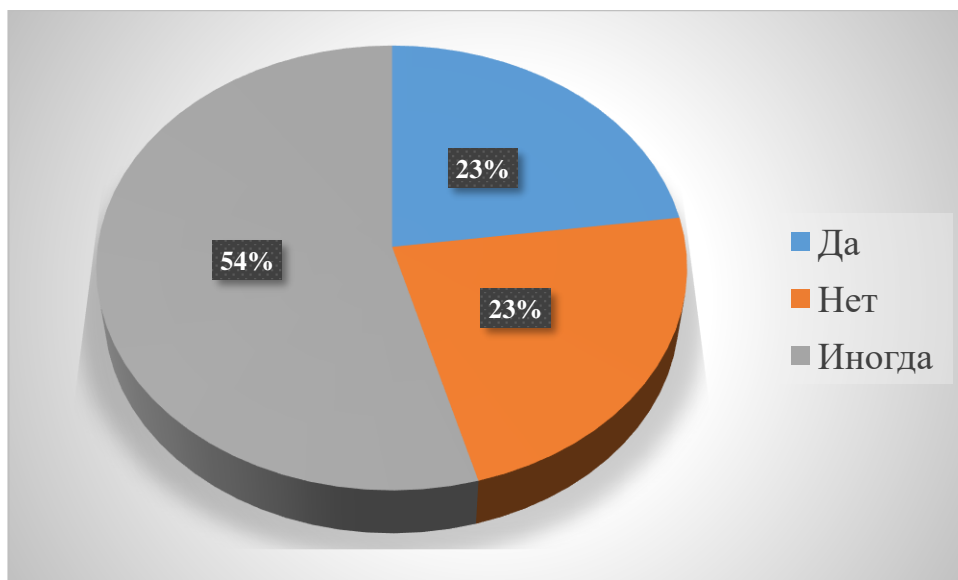


Рис. 16. Применение фитотерапии

Консультация врача узкой специальности: да – 63%, нет – 37% (Рис. 17).

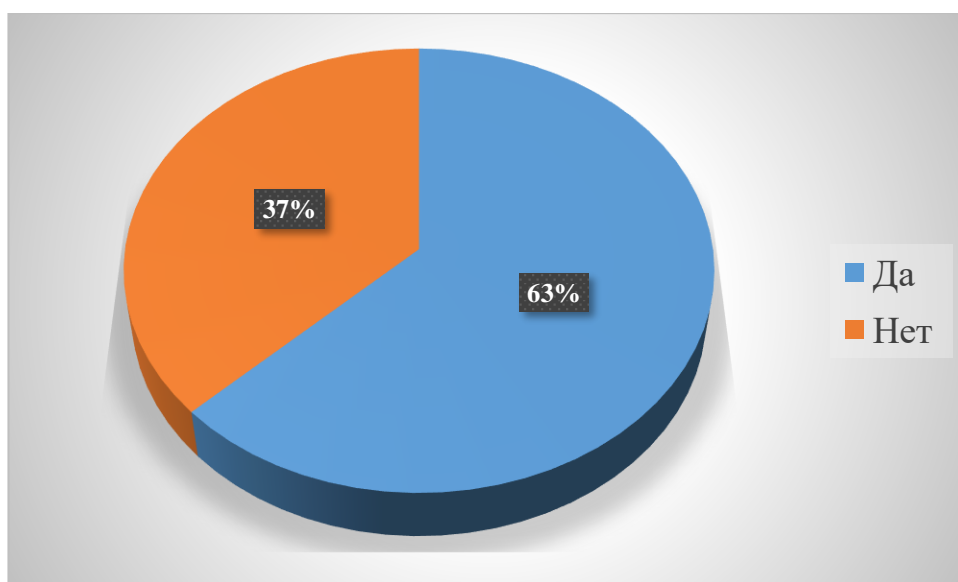


Рис. 17. Консультация врача узкой специальности

Частота госпитализации с рецидивом панкреатита: 1 раз в месяц – 17%, 1 раз в 6 месяцев – 23%, 1 раз в год – 26%, 1 раз в несколько лет – 34% (Рис. 18).

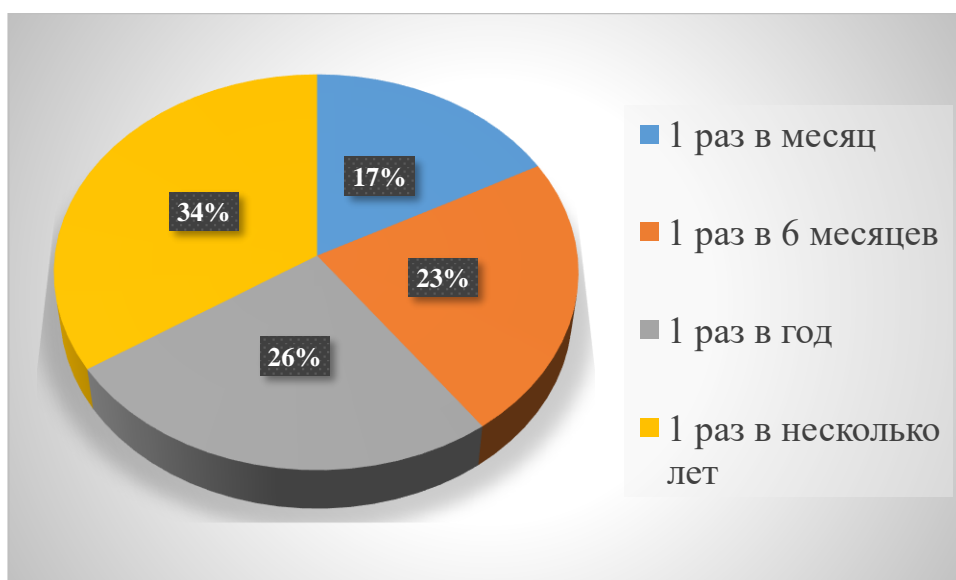


Рис. 18. Частота госпитализации с рецидивом панкреатита

Частота амбулаторного лечения: 1 раз в месяц – 14%, 1 раз в 6 месяцев – 34%, 1 раз в год – 23%, 1 раз в несколько лет – 29% (Рис. 19).

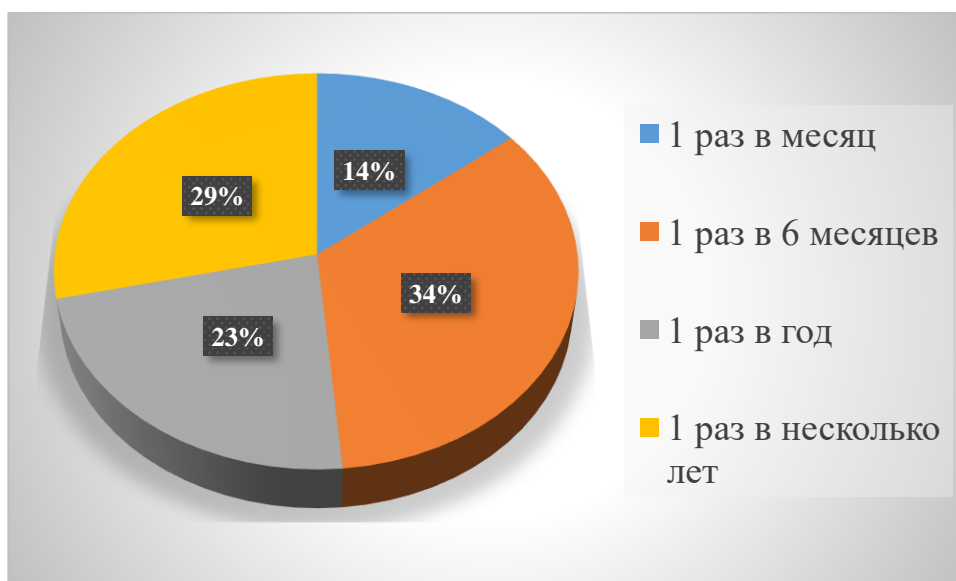


Рис. 19. Частота амбулаторного лечения

Частота прохождения диспансеризации: 1 раз в месяц – 9%, 1 раз в год – 40%, 1 раз в несколько лет – 51% (Рис. 20).

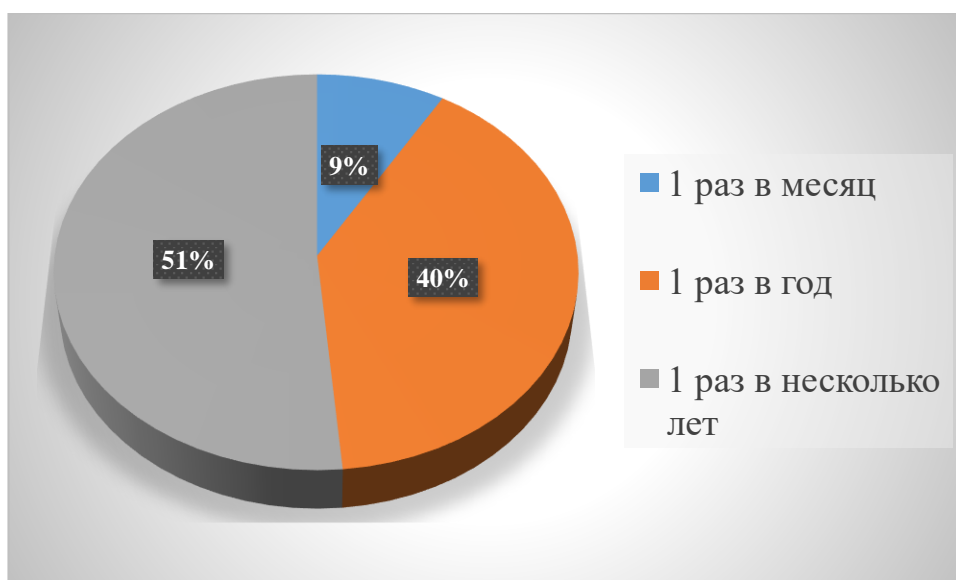


Рис. 20. Частота прохождения диспансеризации

Прохождение санаторно-курортного лечения по данному заболеванию: да – 31%, нет – 69% (Рис. 21).

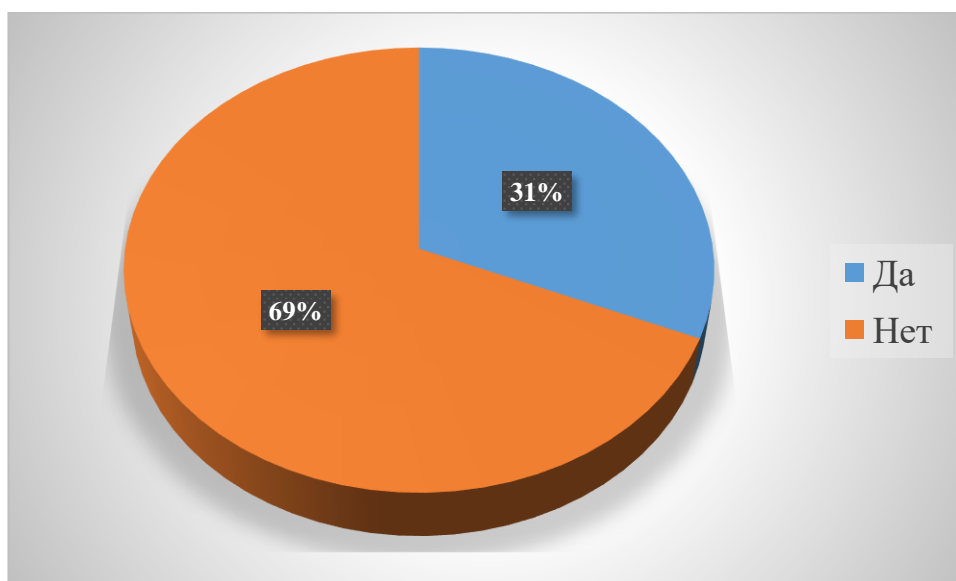


Рис. 21. Прохождение санаторно-курортного лечения по данному заболеванию

Необходимость помощи медицинской сестры в обучении диетического питания: да – 43%, нет – 57% (Рис. 22).

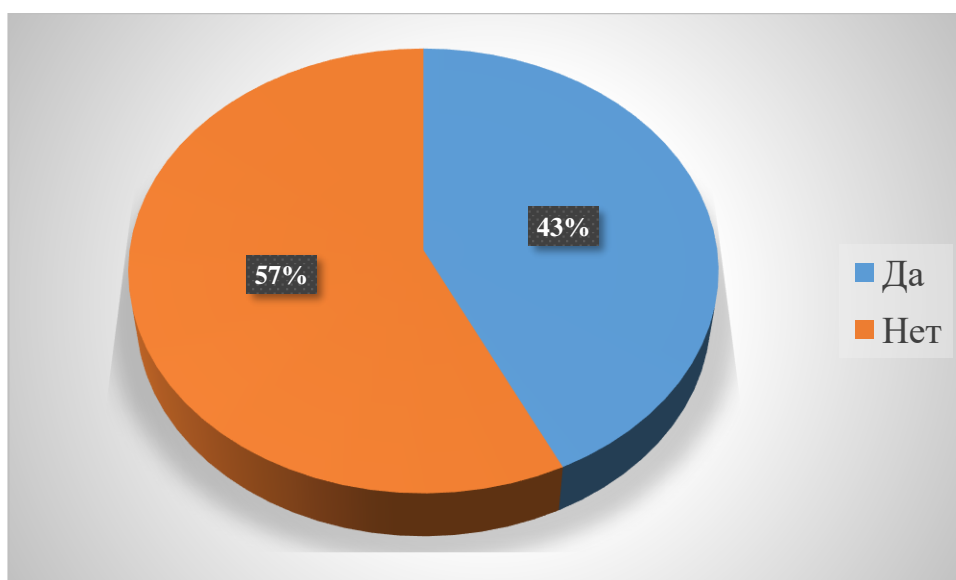


Рис. 22. Необходимость помощи медицинской сестры в обучении диетического питания

Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о вредных привычках: да – 40%, нет - 60% (Рис. 23).

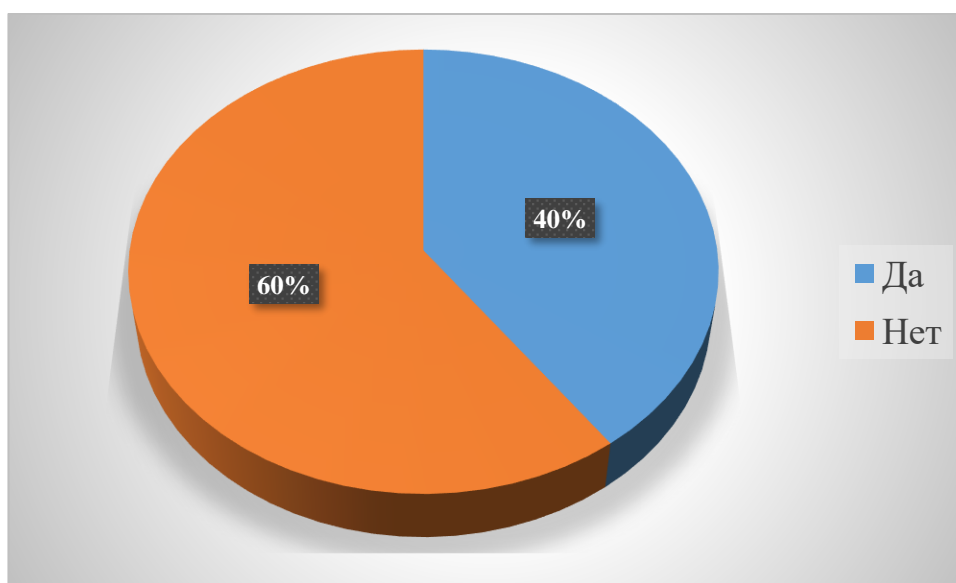


Рис. 23. Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о вредных привычках

Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни: да – 34%, нет – 66% (Рис. 24).

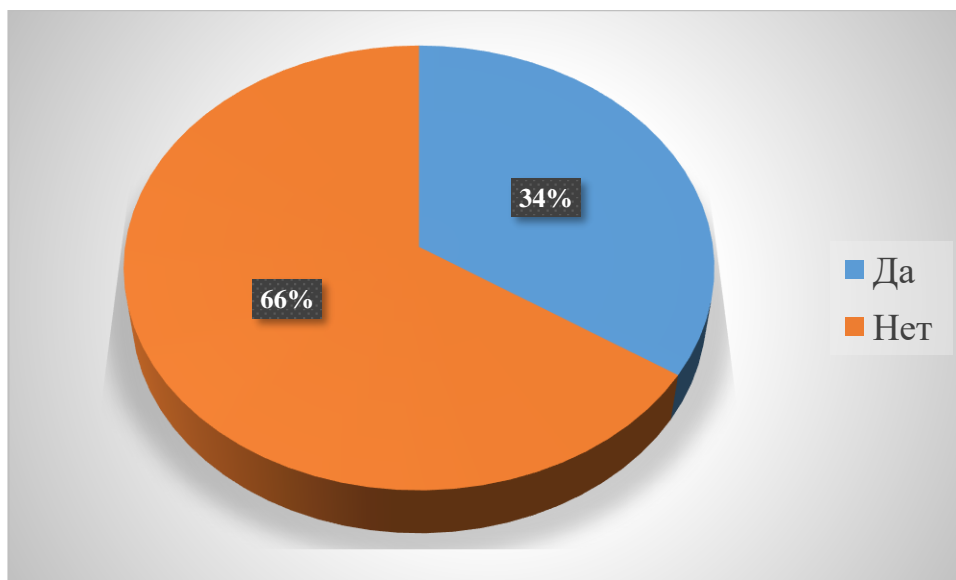


Рис. 24. Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни

По результатам проведенного исследования были сделаны следующие выводы: 29% опрошиваемых состоят в возрастной категории от 40-49 лет, 51% пациентов проживают в городской местности, у 37% опрошиваемых была выявлена пониженная двигательная активность, 63% опрошиваемых выявлены частые стрессовые ситуации, у 75% опрошиваемых ожирение не наблюдается, информированы 69% опрошиваемых, частое употребление алкоголя наблюдается у 49% опрошиваемых, частое курение выявлено у 37% опрошиваемых, в рационе у опрошиваемых в 19% преобладают копченые продукты, соблюдают регулярность приема пищи 48% опрошиваемых, 40% опрошиваемых выполняют назначенную диету, 46% опрошиваемых применяют лекарственные препараты без назначения врача, 63% опрошиваемых состоят на диспансерном учете, выполняют назначенное лечение 51% опрошиваемых, применяют фитотерапию 54% опрошиваемых, 65% опрошиваемых консультируются у врача узкой специальности, с рецидивом панкреатита 34% опрошиваемых госпитализируются 1 раз в несколько лет, амбулаторное лечение 34% опрошиваемых проходят 1 раз в 6 месяцев, 51% опрошиваемых проходят диспансеризацию 1 раз в несколько лет, санаторно-курортное лечение проходят 69% опрошиваемых, 57% опрошиваемых не нуждаются в помощи

медицинской сестры в обучении диетического питания, 60% опрошиваемых не нуждаются в проведении медицинской сестрой беседы о вредных привычках, 66% опрошиваемых не нуждаются в проведении медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни.

2.3. Рекомендации для пациентов

Рекомендации были разработаны на основе «Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению и диагностики панкреатита».

1. При госпитализации с острым панкреатитом и хроническом обостренном панкреатитом, категорически запрещается принимать пищу 2-3 суток;

2. После обострения назначается щадящая диета:

1) Нельзя: алкоголь, острое, копчёное, жирное, мясо животных с большим содержанием жира (баранина, свинина, сало, сливки), жирные сорта рыбы, консервированные продукты, маринады, фастфуд, приправы, сладкие десерты, кофе, какао, газировки, щавель, шпинат, бананы, инжир, виноград, клюква, гранат, финики, грибы, бобовые;

2) Разрешается: мясо животных с меньшим содержанием жира, овсяная, тыквенная и гречневая каша на молоке, не жирная твороженная продукция, яблоки не кислых сортов, белки куриных яиц, растительное масло, постный суп, овощные пюре и салаты.

3. Категорически запрещается алкоголь и курение;

4. Вовремя выполняйте назначенное лечение;

5. Для уменьшения воздействия стресса можно выполнить дыхательную гимнастику;

6. Больше находиться на свежем воздухе. Свежий воздух поможет вам избежать неприятны конфликтов и улучшит внутреннее состояние, как духовное, так и физиологическое;

7. Больше двигаться;
8. Периодически во время работы сделать не большой отдых и проведите легкую гимнастику;
9. При наличии ожирения необходимо снизить вес до нормы. Для этого строго соблюдайте диету и выполняйте умеренные физические нагрузки. В стадии острого панкреатита и обострения хронического физические нагрузки строго запрещены;
10. Посещение йоги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская сестра является правой рукой врача. Как и врач она играет большую роль в лечении пациента, а также в проведении профилактики. Составленные врачом профилактические мероприятия она объясняет пациентам как правильно проводятся назначенная профилактика, дабы избежать возникновения панкреатита.

Пациенты в большинстве случаев обращаются за помощью к медицинским сестрам. Ведь медицинская сестра проводит больше времени с пациентом, чем врач.

Каждый пациент должен знать, как правильно следить за своим здоровьем, а медицинские работники должны обеспечить ему эти знания. Поэтому в поликлиниках и больницах проводятся санитарно-просветительные работы, создание бюллетеней, проводятся беседы о здоровом образе жизни, правильном питании, отказе от вредных привычек, создание школ здоровья.

1. Панкреатит – это заболевание связано с поражением поджелудочной железы, в которой происходит воспалительный процесс и разрушения ферментов. Факторы риска всегда находятся рядом с нами, избегать их очень сложно. К основным факторам риска возникновения панкреатита относятся: употребление алкогольсодержащие напитки, частое употребление жареной, жирной, копчёной пищи, частые стрессовые ситуации, постоянное питание в забегаловках, низкая двигательная активность.

2. Профилактические мероприятия проводятся как потенциальным пациентам, так и приоритетным. Для потенциальных пациентов проводится первичная профилактика, заключающаяся в предупреждении возникновения панкреатита. В нее входят мероприятия по устранению факторов риска. Проводятся профилактические беседы, где рассказываются, что это за заболевание, какие факторы риска способны его вызвать и как устранить их.

Для приоритетных пациентов проводится вторичная профилактика. В ней рассказывается как избежать обострения заболевания. Проводятся беседы для чего необходимо соблюдать режим диеты, как это отразится на организме если его не соблюдать. Проводятся наглядные примеры того, как следить за своим здоровьем, помощь в составлении меню на каждый день, психологическая поддержка пациента с алкогольной зависимостью.

3. В результате проведенного исследования у большинства пациентов были выявлены факторы риска. У 37% опрошиваемых была выявлена пониженная двигательная активность, 63% опрошиваемых выявлены частые стрессовые ситуации, частое употребление алкоголя наблюдается у 49% опрошиваемых, частое курение выявлено у 37% опрошиваемых.

4. Проанализировав результаты собственного исследования о соблюдении назначенное лечение было выявлено, что 51% опрошиваемых выполняют назначенное лечение.

5. Анализ проведенного исследования помог выявить, что 57% опрошиваемых не нуждаются в помощи медицинской сестры в обучении диетического питания, 60% опрошиваемых не нуждаются в проведении медицинской сестрой беседы о вредных привычках.

Проведенное исследование помогло понять, как пациент относится к своему здоровью. В каких вопросах необходимо провести профилактические беседы. Дать четкое определение того, как правильно действовать при возникновении фактора риска, избежать обострения и не дать заболеванию прогрессировать.

В этом и есть роль медицинской сестры в профилактике, чтобы пациент знал и умел правильно следить за своим здоровьем и образом жизни, который он ведет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, Г.А, Заболеваемость взрослого населения России в 2016 году [Текст] / : статистические материалы/ А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев, Г.А. Щербакова. – М.: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 2017. – 162 с.
2. Аляутдин, Р.Н., Лекарствоведение [Текст] / : учебник для фармацевтических училищ и колледжей/ Р.Н. Аляутдин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1056 с.
3. Добронравов, А.В., Болезни поджелудочной железы [Текст] / : – СПб.: «Издательство «ДИЛЯ», 2015. – 128 с.
4. Задворнова, О.Л., Справочник медицинской сестры [Текст] / : учебник/ М.Х. Турьянова. – М.: ООО «Издательство Новая волна», 2015. – 171 с.
5. Комаров, Ф.И., Практическая гастроэнтерология [Текст] / : учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017 г. – 480 с.
6. Калинин, А. В. Острый и хронический панкреатиты [Текст] \: учебник. – М.: «МЕДпресс-информ», 2016. – 160 с.
7. Лычев, В.Г., Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи [Текст] / : учебник. – М.: «Форум-Инфра-М». 2016 – 264 с.
8. Лычев, В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе [Текст] / : учебник/ В.Г. Лычев, В.К. Карманов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 544 с.
9. Мерзликин Н.В., Панкреатит [Текст] / «Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай; под ред. Н.В. Мерзликина». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
10. Нечаев, В.М., Лечение пациентов терапевтического профиля [Текст] / : учебник/ В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 864 с.

11. Новиков, В.Е., Общая фармакология [Текст] /: учебник/ П.И Сизов. – Смоленск, 2017. – 94 с.

12. Струков, А.И., Патологическая анатомия [Текст] /: учебник/ А.И. Струков, В.В. Серов, – М.: Литтерра, 2016. – 848 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Данное анкетирование проводится с целью разработки программы лечебной деятельности медицинской сестры по профилактике панкреатита. Ваше мнение ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит определить мероприятия по снижению заболеваемости. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопроса и обведите или подчеркните ответ на вопрос. Результаты проведенного анкетирования не разглашается.

1. Пол: а) муж; б) жен.
2. Возраст: а) 18 – 29; б) 30 – 39; в) 40 – 49; г) 50 – 59; д) 60 и старше
3. Место жительства: а) город; б) село.
4. Двигательная активность: а) повышенная; б) умеренная; в) пониженная.
5. Стрессовые ситуации: а) часто; б) редко.
6. Наличие ожирения: а) да; б) нет.
7. Информированность о данном заболевании: а) да; б) нет.
8. Употребление алкоголя: а) часто; б) редко; в) не употребляю.
9. Курение: а) часто; б) редко; в) не курю.
10. В рационе преобладает: а) жирная; б) острая; в) растительная; г) мясная; д) отварная; е) жареная; ж) копченая.
11. Регулярность приёма пищи: а) да; б) нет; в) иногда.
12. Выполнение назначенной диеты: а) да; б) нет; в) иногда
13. Применение лекарственных препаратов без назначения врача: а) да; б) нет; в) иногда.
14. Состоит на «Д» учете: а) да; б) нет.
15. Выполнение назначенного лечения: а) да; б) нет; в) иногда.
16. Применение фитотерапии: а) да; б) нет; в) иногда.
17. Консультация врача узкой специальности: а) да; б) нет.
18. Частота госпитализации с рецидивом панкреатита: а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в 6 месяцев; в) 1 раз в год; г) 1 раз в несколько лет.
19. Частота амбулаторного лечения: а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в 6 месяцев; в) 1 раз в год; г) 1 раз в несколько лет.
20. Частота прохождения диспансеризации: а) 1 раз в месяц; б) 1 раз в год; в) 1 раз в несколько лет.
21. Прохождение санаторно-курортного лечения по данному заболеванию: а) да; б) нет.
22. Необходимость помощи медицинской сестры в обучении диетического питания: а) да; б) нет.
23. Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о вредных привычках: а) да; б) нет.
24. Необходимость проведения медицинской сестрой беседы о здоровом образе жизни: а) да; б) нет.

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

У пациентов с панкреатитом назначена щадящая диета (диета 5п по Певзнеру), которая исключает все жареное, копчённое и жирное. Таким образом были разработаны на основе щадящей диеты, примерное меню на неделю для пациента с панкреатитом.

Первый день:

- Завтрак: овсяная каша, отвар шиповника;
- Второй завтрак: йогурт, запечённое яблоко;
- Обед: постный суп, 100 г говядины на пару, не крепкий чай;
- Полдник: фруктовое желе;
- Ужин: отварная цветная капуста, обезжиренный творог, некрепкий чай.

Второй день:

- Завтрак: твороженная запеканка, компот;
- Второй завтрак: ягодное желе, протертое яблоко с обезжиренным творогом;
- Обед: 100 г рыбное суфле, запеченные овощи;
- Полдник: белковый омлет на пару;
- Ужин: 80-90 г отварная курица, суп-пюре.

Третий день:

- Завтрак: омлет на пару, некрепкий чай;
- Второй завтрак: 1 запечённое яблоко с обезжиренным творогом;
- Обед: овощной суп, 100 г яблочного пюре;
- Полдник: ягодное желе;
- Ужин: запечённое мясо, гречневая каша на молоке.

Четвертый день:

- Завтрак: гречневая каша, компот.
- Второй завтрак: твороженная запеканка;
- Обед: куриное суфле, овощное пюре;
- Полдник: обезжиренный творог;

- Ужин: рыбный суп, свекольный салат.

Пятый день:

- Завтрак: свекольный салат, отвар шиповника.
- Второй завтрак: отварная свекла;
- Обед: постный суп, куриные котлеты на пару;
- Полдник: белковый омлет;
- Ужин: овощное рагу,

Шестой день:

- Завтрак: тыквенная каша на молоке, некрепкий чай.
- Второй завтрак: 100 г обезжиренного творога;
- Обед: куриный бульон из картофеля и моркови, йогурт;
- Полдник: омлет на пару;
- Ужин: рыбные котлеты на пару, салат из морковки.

Седьмой день:

- Завтрак: рисовая каша на молоке, кисель.
- Второй завтрак: свекольный салат
- Обед: тыквенная каша, фруктовый пудинг;
- Полдник: овощной рулет;
- Ужин: отварная цветная капуста, рыба на пару.